

4. 多変量解析の問題点と interaction 項

変数が多い場合には、変数を合理的に処理しなかったり、変数選択アルゴリズムを用いて処理したりする場合があるが、この問題点について指摘した。また多変量解析における interaction 項の問題についても指摘した。

5. Collider の取り扱いについて

collider を調整すれば、なぜいけないのかについて例を用いて説明した。新たに backdoor パスが生じて交絡が生じるからである。

6. 情報バイアスが研究結果と研究結果に基づく判断に及ぼす影響について

情報バイアスの問題点で、とりわけ判断との関連について陥りやすい誤りを指摘した。

D. 考察

昨年度に続いて、老人精神疾患の経過と家族の EE との関連を検討した。とりわけ本年度は家族心理教育を具体的に進めるためのツール開発を重視した。統合失調症においては家族心理教育をケアマネジメントの中に位置づけるため、特に英国で行われているケアマネジメントの要素を検討した。その結果、統合失調症者の家族への援助が明確に示されており、昨年までに本研究で明らかにした家族心理教育の内容が盛り込まれていた。したがって日本においても精神障害者ケアマネジメントの施行

の際に家族心理教育の内容を織り込んでおくことが必要と考えられる。その際、前年度までに明らかにした高齢者向けのプログラムを準備する必要がある。

うつ病での家族心理教育は再発予防効果があり、医療経済学的に見ても有益である可能性が高い。統合失調症の家族心理教育の重要性はこれまでに多く指摘されてきたが、今後はうつ病に関わる家族心理教育の普及が期待される。その理由は、うつ病の有病率が非常に高く、また最近ではその罹患率の上昇が指摘されているからである。

また認知症の家族に関して家族の EE が日本と英国で異なることを明らかにした。これにより、認知症者家族の心理教育を行う場合には、欧米の内容を単に輸入するだけでは効果は期待しにくく、わが国の家族のニーズに合わせた心理教育のあり方を検討する必要があることが示唆された。

また、疫学理論に関しては、DAG (Directed Acyclic Graph: 有向非巡回グラフ) に基づいた交絡要因候補の整理と因果モデルの整理の問題に関して例を用いて説明した。また、グラフィカルモデルと有向非巡回グラフ DAG, DAG を用いた交絡要因候補の整理、多変量解析の問題点と interaction 項, Collider の取り扱いについて、情報バイアスが研究結果と研究結果に基づく判断に及ぼす影響について、などを検討した。こうした疫学理論の精緻化は、今後の高齢者精神疾患と家族の EE の研究の発展に、大きく寄与すると考えられる。

E. 結論

老人精神疾患患者と家族の EE に関する研究を行った結果、家族あるいは本人の EE は老人精神疾患患者においても重要な役割を果たすだろうことが明らかとなった。しかし、疾病によって影響の大きさは異なり、家

族心理教育を行う場合には疾病特異性を考慮しなければならない。今後さらに研究を進め、知見を確定していく必要がある。

さらに今年度は心理教育を具体的に進めるためのツール作成を重視したが、さらにこうしたものを充実させる必要がある。

平成16年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢精神障害者への
家族心理教育とケアマネジメント

分担研究者 三野善央
大阪府立大学社会福祉学部精神保健学

研究要旨

昨年までの長寿科学研究において、高齢精神障害あるいは高齢介護者、家族に対しての心理教育が有効であることを明らかにし、統合失調症、うつ病などの気分障害、認知症などにおける家族心理教育のあり方に関して検討してきた。それにより高齢統合失調症、高齢気分障害者、認知症者のための家族心理教育の内容と方法を明らかにし、パンフレット、書籍、ビデオなどを公表してきた。これらの家族心理教育を広く普及させるためには、精神障害者ケアマネジメントとの関係を明らかにする必要がある。すなわち家族心理教育をケアマネジメントの中にいかに位置づけるかという問題である。そのために英国におけるケアマネジメントの現状を検討し、そこでいかに家族心理教育が行われているかを検証した。その結果、ケアマネジメントにおいて家族を明確にサービス利用者として位置づけ、心理教育をケアマネジメントの中で実施することが有効であることが明らかとなった。

A. はじめに

わが国の精神保健福祉サービスは精神病院入院中心から地域ケア中心へと大きく変化しようとしている。実際、ここ20年ほどで精神科通院患者数は急激に増加し、それは最も重篤な精神疾患と考えられる統合失

調症においても認められている。しかしながら精神病院在院患者数は34万人程度でここ数年の間大きな変化が無く、これは国際的に見ても非常に多いことから批判がなされてきた。こうした中で、2003年の新障害者プランでは、社会的入院と考えられる7万2千人の地域への移行が目標とされた。

そしてそのための具体的な方策が検討されている。

家族心理教育はその再発予防効果が臨床疫学的に確認され、統合失調症、うつ病、認知症などでの一般臨床への広がりが求められている。こうした家族心理教育をケアマネジメントの中に明確に位置づけることは、家族心理教育の幅広い展開に寄与すると考えられる。

精神障害者のケアマネジメントは、わが国での地域ケアを推進する重要な手段として注目されている。また現在重視されているEBP(evidence based practice)の立場からしても、精神障害者ケアマネジメントは、再入院予防、在院期間の短縮などに有効な手段と考えられる。したがって、新たな7万2千人の在院患者の地域への移行を考えた場合、ケアマネジメントは不可欠の要素と考えられる。

これまでにわが国では精力的に精神障害者ケアマネジメントのあり方が検討されてきた。そうした中で英国イングランドにおけるケアマネジメントのあり方とその発展を検討することはわが国での地域ケアの進展に寄与すると考えられる。そこで英国イングランドのケアマネジメントの展開を検討し、その中での家族、介護者への支援のあり方について検討する。さらに高齢精神障害者および高齢介護者家族へのアプロー

チのあり方を検討する。

B. イングランドでのケアマネジメントの歴史

1990年に地域ケア法(Community Care Act)が成立し、ソーシャルワーカーはケアマネジャーと呼ばれるようになり、社会福祉領域でのケアマネジメントが始まった。一方、保健医療領域でも同年に国民健康サービス(NHS)のもとでも改革があり、ケアプログラム・アプローチ(Care Program Approach, CPA)が始まった。ここでは看護師や作業療法士(OT)がキーワーカーと呼ばれ、ケアの調整を行うこととなった。このように二重構造のケアマネジメントが成立していたために

これによりケアマネジメントを巡る深刻な論争と、臨床場面での混乱がもたらされた。たとえば当時のランセットに掲載されたケアマネジメントの評価を行った研究では、ケアマネジメント導入によって再入院予防などの効果は認められず、こうした分断されたケアマネジメントは即刻中止すべきであるとの厳しいコメントが行われた(ランセット論文)。

2000年に新たなケアプログラムアプローチに関して政策が出され、それによりイン

グランドの社会福祉領域と健康領域で分断されていたケアマネジメントは統合された。ケアマネジャーの役割を担っていた社会福祉領域のケアマネジャー、保健医療領域のキーワーカーはすべてケアコーディネーターと呼ばれることとなった。すなわち看護師、OT、ソーシャルワーカーがケアコーディネーターとして、斡旋、調整サービス、および直接サービスを行うこととなったのである。

理解を助けるためにイングランドでの精神保健サービス利用状況を概括してみよう。一般的に人口の25%が軽症うつ病を含む何らかの精神疾患を有している。彼らのうちの23%はGP(General Practitioner、かかりつけ医)での診察を受けている。しかしながら、GPレベルで精神疾患を特定され、その治療を受けているのは14%程度である(Bindman et al, 1999)。これはプライマリレベルでのメンタルヘルスケアである。一般的に、イングランドでの精神保健サービスにおいてはGPを中心としたプライマリケアが大きな役割を果たしている(三野ら・・・)。さらに全人口の1%がセカンダリ・レベル(専門家レベル)のサービスを受けている。この人たちがいわゆるケアマネジメントの対象者となる。英国のケアマネジメントには2種類あり、ひとつが標

準型(standard)CPAであり、もうひとつが強力型(enhanced)CPAである。標準型は比較的安定している者で、生活面でのサポートに重点が置かれ、保健医療面では専門家(精神科医)に定期的に診察を受けることになる。これが1%のうちの3/4をしめる。もうひとつの強力型ではより障害の重い精神障害者が対象となり、より手厚いケアを受ける。

C. 現在のケアマネジメント

現在の英国イングランドでは、政府が5つの領域にわたってのサービスのスタンダードを定めている(Department of Health, 1999)。

- スタンダード1：精神保健プロモーションと脱偏見
- スタンダード2, 3：プライマリケア、サービスの近接性
- スタンダード4, 5：重篤な精神疾患患者への効果的なサービス
- スタンダード6：介護者(家族など)へのケア
- スタンダード7：自殺予防

これらのうちケアマネジメントに関連するスタンダード4, 5について解説する。

スタンダード4

すべてのCPAを受けている精神保健サー

ビユーザーは次のサービスを楽しむことができない。

- 契約を最適に成就し、危機を予測、予防し、リスクを軽減するためのケアを受ける。
- ケアプランの書式のコピーを受け取る。そのケアプランは、1) 危機状況において利用者、介護者、ケアコーディネーターが取るべき行動が記されており、2) 利用者に追加的な援助が必要になった場合に GP がどう対応すべきかというアドバイスがあり、3) ケアコーディネーターによって定期的に評価され、4) 365 日、24 時間のサービスを受けることができる。

スタンダード5

一定期間、家庭を離れてケアを受けるべきだと判定されたサービス利用者は次のサービスを受けなければならない

- 時宜を得た、適切な病院への入院あるいは代替施設への入所。それらは、1) 利用者自身と市民を保護するというニーズを考慮に入れた上での、できるだけ非拘束的な環境であり、2) できるだけ家庭に近いこと。
- 提供されるケアとリハビリテーションが準備され、ケアコーディネーターが特定され、危機状況で取るべき行動が

決められた上での退院に関して同意したケアプランの書式のコピー。

これらスタンダード4、5を達成するために必要なことが具体的に述べられた。

D. アセスメントとケアプラン

社会福祉のケアマネジメントと NHS の CPA が、十分に統合されるべきであると明記された。(結局、翌年にその統合は行われた)。標準 CPA は自傷他害のおそれがなく、サービスからの脱落の危険性も少ない利用者に対しての援助や介入を行う。強化 (enhanced) CPA は、多様なニーズを抱え、複数の専門機関の援助を要している人たちへのものである。彼らは多様なサービスのより手厚い援助を必要としており、複数の臨床状態があり、あるいはアルコールや薬物によって状態が悪化する。彼らはサービスに取り込むのが困難で、また接触を維持するのにも苦勞する。サービスからの脱落が危機を引き起こす人もいる。

強力 CPA のケアプランは書式化され、次の項目を含んでいなければならない。

- 薬物療法を含む精神保健ケアのアレンジメント
- 可能性のあるリスクのアセスメント、および利用者、介護者、市民のリスクへの対応のためのアレンジメント
- 身体的健康に関するアレンジメント

- 利用者のニーズに見合った保護的施設への必要な行動
- 家庭的援助のアレンジメント
- 雇用、職業訓練のための必要な行動
- 適当な収入を得るためのアレンジメント
- 文化的、宗教的ニーズのための行動
- 自立を促し、治療的なレジャーを含む社会的接触を維持するためのアレンジメント
- 次のケアプランのリビューの日程

地域精神保健チームは、地域での精神保健の専門ケアを提供する核となる。利用者は入院している場合よりも、地域で生活している場合の方が多く、その方が治療を受け入れやすい。地域精神保健チームはそれ自体がすべての地域でのサービスを提供する場合もあるし、特別な役割を持つ他の専門チームと協力することもある。また地域精神保健チームは早期介入チーム、積極的アウトリーチチーム、家庭治療チームなどと協力する。またリハビリテーションチームは特に居住、収入、就労に焦点を当て、それにより精神疾患による重篤な障害をもつ人々のニーズに応える。

積極的アウトリーチ、あるいは積極的地域治療は集中的ケースマネジメントの一形

式であり、地域で生活する重篤な精神疾患患者のケアのために有効な臨床手段である。スタッフは包括的なアウトリーチサービスを提供するが、彼らは家庭訪問し、権利擁護者として活動し、GP や社会福祉サービスとの調整などを行う。

北バーミンガムでは積極的アウトリーチチームが法定内のシステムの中で活動している。すべての利用者は精神科医のケアの元であり、すべてのチームスタッフは十分な資格を持っている。時間外や週末のサービスも行っている。また、ハリンゲイでは独立セクター（NPO）の積極的アウトリーチチームがある。そこではサービスの谷間にある人たちへのアウトリーチを行っており、利用者は黒人、アジア系の人たち、ホームレスの人たちである。また、地域精神保健チーム内でのアウトリーチチームも南西部ロンドンで活動している。ケースロードは12名の利用者としており、それにより日常のスーパービジョンや早期危機介入が可能となっている。

E. 家庭治療と入院に代わるもの

危機解決と継続的な家庭でのケアがあれば、重症精神障害者への地域を基礎にしたアセスメントと治療は病院入院に代わるものとなりうる。家庭治療は、地域精神保健チーム、家庭治療の専門家、危機介入チー

ムのメンバーによって行われる。それは数日にわたる一人の利用者に対する集中的なケアである。スタッフは危機のアセスメントやマネジメントに熟達していなければならない。ケアに関するスーパービジョンや援助が必要である。危機チームのスタッフと利用者の比は1対8程度でなければならない。

北バーミンガムの精神科救急チームは、重症の気分障害あるいは精神病患者に対して、薬物療法と心理療法を家庭で提供する。スタッフが利用者の家庭で、数日一緒に過ごし、集中的ケアを行う。また、スタンフォードの家庭治療サービスは病院への入院を減らすことに成功した。それは24時間の危機チーム、デイホスピタル、入院施設、地域精神保健チームと協力して家庭治療を行っている。それによる不必要な入院を防ぎ、入院期間を短縮している。ブラッドフォードの家庭治療サービスは、急性期の人たちへの集中的ケアを提供する。チームは精神科看護師、ソーシャルワーカーなどで構成され、24時間、週7日間の医療を提供し、危機介入を行う。

危機ハウスはもう一つの入院に代わるものである。特に家庭環境がストレスになる場合に利用できる。危機ハウスは少数のベッドを持ち、女性、少数民族、初回発症の

若年者などの特別なニーズを持った人たちのグループがある。地域精神保健チームとの密接な連携がケアの質の向上と多岐にわたるサービスにアクセスするには不可欠である。

24時間のスタッフ付きの居住施設は、それがなければ長期間の入院を余儀なくされるような重篤な障害を持った利用者へのケアを提供する。人口25万人のうちの25人がこのグループに入るが、都市特にロンドンの中心部ではこれらの人たちはその5倍となる。これらが大きな価値を持つという根拠があるにもかかわらず、この24時間スタッフ付きの居住施設は不足している。

地方自治体による通常のハウジングサービスも独立した生活のために重要である。

このように政策的に家族など介護者へのケアの質の向上が図られようとしている。

ここでの目的は、家族などの介護者の健康を向上させ、彼らのニーズを満たすことである。スタンダードは明確に規定されており、「CPAでの日常の実質的ケアを行うすべての者は、1) 彼らのケア、身体的精神的ニーズに関して年に最低一回以上のアセスメントを受ける、2) 彼らのケアプランが書式で手渡され、彼ら自身との相談をもとにケアが実行される」とされている。

ここではサービスモデルと具体的な良い例が示されている。ニーズアセスメントとケアプランについては、プライマリケアレベル、GP レベルでの介護者を援助するためのチェックリストがあげられている。また、GPA レベルでもケアコーディネーターが、アセスメントを受け、ケアプランとその後のケアコーディネーションを受ける権利があることを介護者に知らせなければならないとしている。ケアプランは、当事者の健康に関する情報（これには薬物療法や副作用などの情報を含む）、非常時にすべきこと、危機状況でなすべきことと誰に連絡すべきかという情報、自分自身の精神的、身体的健康のために行われること、収入、居住、就労に関して行うべきこと、短期間の休養のアレンジなどが含まれるべきとされている。

また 2000 年には国民健康サービス (National Health Service, NHS) のプランを発表し、今後の財政的な優先課題についての公表が行われたが、精神保健に関しては、500 の保護病床、320 の病床、170 の積極的アウトリーチチームを新たに作ることも、すべての精神障害者が 24 時間いつでもサービスにアクセスできるようにするとされた。そのために年間 3 億ポンドが新たに投資された。そしてここでも介護者のサ

ポートが重点課題としてあげられ、望めばいつでも必要なサービスが提供されること、そして介護者が陥りがちな孤立のリスクを軽減するために休息が必要とされた。具体的には介護者の休息と支援ネットワークの強化のために 700 名のスタッフの増員が示された。

利用者のケアプランへの参加は、ケアの質を向上させ、満足度を上昇させる。

さらに 2004 年 12 月に発表された 5 年間の評価 (1) でも、この 5 年間で介護者への援助サービスが 23% 増加、介護者サポートグループが 30% 増加、介護者援助のあるデイサービスが 6% 増加したとしている。財政的にも介護者に使われた金額は 2001 年には 860 万ポンドだったのが、1300 万ポンドとなっていた。

現在の英国での地域ケアでは統合失調症の家族心理教育は、時間がかかりすぎるとの理由で一般臨床ではあまり行われていないとの情報があったが、これは集中的な個別家族セッションを行うような心理教育を指すのであった。

われわれが推奨する統合失調症に関する教育セッションとその後の必要な場合にはいつでも得られるサポートという形の簡便な心理教育の内容はすべての介護者、家族に行き渡るような標準的サービスとして提供され、それへの裏付けになる財政措置も

取られているのである。

これが全国でのスタンダードと位置づけられ、いわゆるケアマネジメントの一部として定められている点は、わが国でのケアマネジメントを構築する上でも参考になるであろう。

昨年10月にロンドン精神医学研究所地域ケア研究センターのソーニクロフト(Thornicroft)先生に来日していただき、英国の精神障害者地域ケアについてご講演をいただいた。その中で、今後の地域ケアの発展のためには重要なことの最優先課題として、利用者および家族の参加があげられた。特に家族に関しては、介護者としての立場を強調され、家族自身が抱える問題として以下のものをあげた。

- ・ 病気になった家族に関して期待していた将来の喪失
- ・ 介護者自身の健康（不安やうつ病）
- ・ 金銭的な心配
- ・ 睡眠起床サイクルの混乱
- ・ 病気の状態、原因、将来に関する情報の要求
- ・ 休息のニーズ
- ・ 介護者のこれ以上対処できなくなったらどうしようという将来のおそれ、不安

このうち特に5番目の統合失調症などの精

神疾患についての根拠に基づく情報の提供が重要であると述べていた。英国でも未だに過去の遺物である「二重拘束理論」や「統合失調症を生み出す母親」といった家族病因説が、いまだ家族を苦しめているとのことであった。

このように英国イングランドにおいてはケアマネジメントの中に家族への支援が組み込まれており、これにより効果的な家族支援が行われるシステムが構築されていた。この点はわが国におけるケアマネジメントを考える場合に重要な点となるであろう。今後、高齢精神障害者に対するケアマネジメントを行う際の留意点などに関して検討していく必要があると考えられた。

F. まとめ

英国イングランドでのケアマネジメントの歴史的発展と現在のあり方を検討し、その中で介護者、家族への援助がいかん位置づけられているかを明らかにした。その結果、英国イングランドのケアプログラム・アプローチにおいては家族への支援は明確に規定され、サービスの不可欠のものとされていた。その内容を細かく検討すると、わが国における心理教育のエッセンスはすべて網羅されていた。これにより家族への支援をよりスムーズに行うことが可能となっていた。高齢精神障害者に対してのケ

アマネジメントの中に高齢者へのサービスのあり方を以下に組み入れていくかが今後の課題と考えられた。

G. 文献

- .Appleby L: The National Service Framework for Mental Health - Five Years on. Department of Health, 2004.
- 大島巖編：ACT, ケアマネジメントホームヘルプサービス：精神障害者地域生活支援の新デザイン. 精神看護出版, 東京, 2004.
- Department of Health, UK: A National Service Framework for Mental Health. Department of Health, 1999.
- Secretary of State for Health: The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform. 2000.

G. 研究発表

- 1) Mina, Y., Oshima, I.: Seasonality of schizophrenic birth and war in Japan. *Psychiatry Research* (in press).
- 2) 三野善央, 下寺信次, 井上新平, 藤田博一: 統合失調症における家族心理教育の医療コスト分析. *社会問題研究*, 54(2):41-48, 2005.
- 3) 三野善央: 統合失調症治療における家族支援のあり方. *こころの科学*, 120:93-98, 2005.
- 4) 下寺信次, 三野善央, 井上新平: うつ病における薬物療法と心理教育. *臨床精神薬理*, (印刷中)
- 5) Babazono, A., Miyazaki, M., Une, H., Yamamoto, E., Tsuda, T., Mino, Y., Hillman, A.L.: Does seropositivity

for *Helicobacter pylori* antibodies increase outpatient costs for gastric and duodenal ulcer or inflammation. *Pharmacoeconomics*, 22: 975-983, 2004.

- 6) 米倉裕希子, 三野善央: 障害をもつ子どもの家族の感情表出研究. *児童青年精神医学とその近接領域*, 45: 314-324, 2004.
- 7) 井上新平, 下寺信次, 福澤佳恵, 藤田博一, 野村展子, 三野善央: 精神科治療におけるEE(家族感情表出)の意義. *精神神経学雑誌*, 106: 515-518, 2004.
- 8) 三野善央: 相手の立場に立つことは当たり前のことのようで難しい一家族・家族会との上手な関わり方 専門職の立場から. *精神科臨床サービス*, 4: 261-263, 2004.
- 9) 三野善央: 家族の感情表出と精神疾患に関する医療経済学的研究. 平成13-15年度文部科学省科学研究費補助金(基盤研究B)研究成果報告書(課題番号13470090), 2004.
- 10) 三野善央: 老人性心疾患患者に及ぼす家族の感情表出の影響に関する研究. 平成15年厚生労働科学研究費補助金, 長寿科学総合研究事業 報告書, 2004.
- 11) Mino, Y., Shimodera, S., Fujita, H., Yonekura, Y., Inoue, S.: Effects of families' expressed emotion on the course of mood disorders in elderly patients. *Journal of Affective Disorders*, 78(Supple 1): 125-126, 2004
- 12) Babazono, A., Miyazaki, M., Une, H., Yamamoto, E., Tsuda, T., Mino, Y.: A study on a reduction in visits to physicians after introduction of 30% co-payments in the employee health insurance Japan. *Industrial Health*, 42: 50-56, 2004.
- 13) 三野善央, 下寺信次, 井上新平, 米倉裕希子: 老人気分障害患者に及ぼす家族の感情表出の影響に関する研究. *社会問題研究*, 53(1): 57-69, 2003.
- 14) 三野善央: 家族感情表出(EE)研究の発展と家族心理教育. *心と社会*, 34(4): 97-102, 2003.

15) Mino Y, Babazono A, Tsuda T, Yasuda N, Yonekura Y: Can stress management at the workplace prevent depression? : A randomized controlled trial. Journal of Psychosomatic Research, 55: 149, 2003.

16) 三野善央：家族心理教育の現状と課題. 精神障害とリハビリテーション, 7(2); 118-123, 2003.

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（主任研究者：三野善央）

分担研究報告書

老人精神疾患患者の経過に及ぼす家族の感情表出の影響

分担研究者 井上新平，下寺信次

研究協力者 野村展子

高知大学医学部神経精神病態医学教室

研究要旨

昨年に引き続き、老年期の精神疾患である痴呆性疾患を対象に家族感情表出（Expressed Emotion, EE）研究を行った。対象は高知大学医学部神経科精神科を受診した 20 人とその家族で、CDR、MMSE、ADL、NPI などによる臨床評価と、GHQ-60、Zarit、EE を用いての家族評価を行った。昨年は対象者の臨床的特徴を明らかにしたが、本年は家族的特徴が明らかになった。また日本の統合失調症とイギリスの老年期痴呆と統合失調症を比較対照に置き検討した。結果、日本の痴呆性疾患の患者を持つ家族では、高 EE はイギリスの老年期痴呆や日本の統合失調症よりも少ないこと、批判的態度と家族負担との間に関連が見られること、認知機能や精神症状と批判的態度の間に関連が見られること、家族の批判は患者が示す認知症状と言語による攻撃などに主に向けられていることなどが明らかになった。以上、今後の心理教育的家族療法につながる所見であった。

- A. 研究目的 EE) はさまざまな精神疾患で研究されて
家族感情表出 (Expressed Emotion, いるが(井上)、老年期の精神疾患を対

象とした研究は我が国では未だない。諸外国での所見は、1)高EEの割合が統合失調症に比べて少ない、2)高EEと判定する基準が統合失調症とは異なる、3)高EEの場合批判的な態度が多く情緒的巻き込まれすぎは少ない、4)家族の批判は患者の行動障害に向けられる、5)EEの高さと患者要因との関係は薄く、EEは介護者の負担やうつ状態と関係している、などに要約される(下寺、Wearden)。今回我々は、EEと老年期の痴呆性疾患との関連を調べ、他の精神疾患と同様に家族介入の可能性を探った(Nomura)。

B. 研究方法

1. 対象者

対象者は、高知大学医学部附属病院神経科精神科を受診した患者とその家族で、患者と家族が過去に3ヶ月以上同居し、かつ研究への協力意志を表明している者である。また今回比較対照として、以下の3群を設定した。

- 1) 日本の統合失調症患者と家族：上記診療科、および土佐病院で診断、治療された多数サンプルから無作為に抽出された20例。

2) イギリスの痴呆性疾患患者と家族：

Old Age Psychiatry Services in South and Central Manchester で診断、治療された患者で多数サンプルから無作為に抽出された20例。

3) イギリスの統合失調症患者と家族：

Adult Mental Health Services in South and Central Manchester, Salford and Tameside で診断、治療された多数例から無作為に抽出された20例。

2. 臨床評価

属性として性別、年齢、発病年齢、罹病期間を調べた。痴呆の重症度分類としてCDRとFAST、認知機能の評価としてMMSEとADAS、ADLの評価としてDAD(Disability Assessment for Dementia)、精神症状・問題行動の評価としてNPI(Neuropsychiatric Inventory)を用いた。なお比較対照例では、1)痴呆性疾患では同一か相当する評価尺度が用いられ、2)統合失調症ではBPRS、PANSSによる精神症状評価が行われた。

3. 家族評価

健康状態の調査としてGHQ-60、ケア負担としてZarit介護者負担尺度を用いた。

患者への感情や態度の測定は Camberwell Family Interview (CFI) によった。またすべての比較対照例で CFI による EE 評価が行われた。

4. 批判的言辞の内容分析は Shimodera らの分類によった (Shimodera)。

C. 研究結果

1. EE の特徴

介護者は、夫 30%、妻 15%、同胞 5%、娘 10%、嫁 40%で、配偶者と子供世代 (義理を含む) がほぼ半々であった。EE の内容は、批判的言辞 (CC) が 0(0-5) (中央値 (範囲)、以下同様)、敵意 (H) が 0(0-0)、情緒的巻き込まれすぎ (EOI) が 1.0(0-3)、暖かみ (W) が 0(1-4)、肯定的言辞 (PR) が 0(0-1)であった。統合失調症の基準による高 EE はわずかに 5%であり、高 EOI を示した 1 人だけであった。これは他の 3 群の対象者のいずれよりも低い値であった。仮に CC のカットオフを 6 から 2 に下げると高 EE の割合は 30%に増加した。

2. EE と他の指標との関連

CC と他の指標との関連を見たところ、相関が見られたのは ZARIT のみであり、痴呆の重症度、精神症状、ADL、家族の

GHQ との間には関連が見られなかった。

CC のカットオフを種々動かして他の指標との関連を見たところ、3 点の設定で MMSE と NPI が CC と相関の傾向があり、2 点の設定でこの両者と相関が見られた。これらの関連はイギリスの痴呆症の場合は見られなかった。

3. 批判的言辞の内容分析

全体で 21 の CC があった。そのうち最も多かったのは、「認知症状」に対する批判であり (8 個)、次いで「言語による攻撃など」に対する批判 (6 個)、「病前性格」に対する批判 (3 個)「精神症状」に対する批判 (3 個)が続いた。以上はイギリスの痴呆症の場合と対照的であり、イギリスで最も多かったのは「精神症状」であり、次いで「認知症状」と「身体による攻撃など」、「言語による攻撃など」が続いた。

D. 考察

我が国の痴呆性疾患の患者に対する家族の感情表出の特徴は、全体としては高い感情表出の割合は少ないが、家族の負担や患者の認知症状、精神症状と関連していることがわかった。また批判の対

象は認知症状や言語的攻撃に向けられていることもわかった。これらの所見から、家族への心理教育では、まず疾患に関する正確な情報を提供することが重要であると言える。また介護負担が家族の感情表出を高め、それが患者の病状悪化につながる可能性が示唆された。このことから介護に対する社会的なシステムをもっと強めることの必要性がうかがわれる。

今回のような家族分析は、今後のケアのあり方を示唆するところが大きいと思われる。

E. 結語

在宅で家族による介護を受けている、老年期の痴呆性疾患の患者の家族的特徴を分析した。今後、介護に当たる家族の負担を軽減するためには、家族教育とともに介護の社会的なあり方が重要である。

F. 文献

- 井上新平、ほか：精神科治療におけるEE（家族感情表出）の意義. 精神神経学雑誌, 106 : 515 - 518, 2004

- Nomura H, et al: A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (in press)
- 下寺信次、三野善央、高橋正彦、ほか: 老人精神疾患と家族の感情表出. *臨床精神医学* 27:99-105, 1998
- Shimodera S, et al: Critical comments made to schizophrenic patients by their families in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 39:85-90, 1998
- Wearden AJ, et al: A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20:633-666, 2000

分担研究報告書

気分障害における家族の感情表出と心理教育的家族療法：

コホート研究 再発予防と医療経済的効果

分担研究者 下寺信次、井上新平

研究協力者 福沢佳恵

研究要旨

大うつ病または双極性感情障害を対象疾患とした。EE判定に関しては5分間スピーチサンプルを使用した。判定のマニュアルに従い資格をもった判定員が判定を行った。家族員の中に1名でもEEが高い家族がいる場合は、その世帯は高EE家族と判定されるため、可能な限り家族全員を対象としてEE面接を行った。入院医療費の判定は、土佐病院と高知大学医学部神経精神科の入院コストを平均して1日あたりの入院費を13000円とした。外来医療費も同様にして一回の医療費を5200円とした。家族への心理教育は家族を複数世帯集める家族教室という形態でおこなった。1セッションを90分、4回で1クールとした。家族教室の定員は7人以内とし、教育効果が上がるように個々の家族が質問が行いやすい人数とした。教材はうつ病に関するビデオと本研究用に作成したテキストを使用した。4セッションのテーマは1. 疫学・原因 2. 症状 3. 治療と経過 4. 家族の患者への対処の仕方とした。その結果、心理教育群では再発リスクが有意に小さく、また医療コストも軽減されていた。したがってうつ病家族心理教育は、再発予防効果があり、それにより医療費も節減できると結論した。

はじめに

うつ病の治療薬は、近年欧米に10年以上の遅れをとりながらも選択的セロトニン再取り込み阻害薬が日本にも導入され副作用の少なさから生活改善薬などとも呼ばれており、今後の発展が期待される。しかしながら、他の精神疾患と同様に患者の服薬は遵守されておらず再発の問題は解決されていない。この問題は患者が得られる情報量の少なさと最も関係している。また、うつ病の患者は配偶者を中心とした家族からの情緒的な態度に影響を受けやすく、患者と上手く対処している家族とそうでない家族とでは4倍以上の再発率の違いがあることが本邦でも三野らにより報告されている。うつ病は生涯罹患率が7%程度の頻度の高い疾患であり、働き盛りの労働能力を著しく低下させ、医療費を費やすことから社会の経済的損失が大きい。服薬率の低さと家族の環境的な問題の最も有効な解決策は心理教育である

と考えられる。患者と家族に対する心理教育を行い、再発率を低下させることで得られる経済的な効率を検討する。

対象者と方法

WHOによるICD-10あるいはアメリカ精神医学会のDSM-IVの診断基準において大うつ病エピソードあるいは躁病エピソードと診断された、大うつ病または双極性感情障害を対象疾患とした。対象者は高知医科大学神経精神科（現高知大学医学部 神経精神科）または教育関連病院の土佐病院に入院となった対象疾患を有する患者のうち、以下の条件をみたすものとその主要な家族とした。主要な家族は、18歳以上の同居家族のうち、最も接触時間が長いものとした。

表1 対象患者

1. 年齢は18歳から85歳とする
2. 家族面接が可能な同居家族が1名はいること
3. 家族とは入院前3ヶ月間以上同居しており、退院後も同居が

見込まれること

4. 電気けいれん療法を過去に施行、または予定をしていない
5. 退院後も再発予防のために抗うつ薬が処方されること

EE判定について

EE判定に関しては5分間スピーチサンプルを使用した。5分間スピーチサンプルについてはEEの正式な判定法であるCamberwell Family Interview (CFI)との妥当性に問題がないことは日本人を対象にしたサンプルで報告した。

判定のマニュアルに従い資格をもった判定員が判定を行った。家族員の中に1名でもEEが高い家族がいる場合は、その世帯は高EE家族と判定されるため、可能な限り家族全員を対象としてEE面接を行った。同一患者に対して1名以上の家族面接が行われた場合には、最も高い感情表出の判定を受けた家族員のEEをその世帯のEEとした。

入院医療費の判定は、土佐病院と高知大学医学部神経精神科の入院コスト

を平均して1日あたりの入院費を13000円とした。外来医療費も同様にして一回の医療費を5200円とした。

家族への心理教育

家族への心理教育は家族を複数世帯集める家族教室という形態でおこなった。

1セッションを90分、4回で1クールとした。家族教室の定員は7人以内とし、教育効果が上がるように個々の家族が質問が行いやすい人数とした。スタッフは精神科医師と心理士で構成した。教材はうつ病に関するビデオと本研究用に作成したテキストを使用した。4セッションのテーマは1. 疫学・原因 2. 症状 3. 治療と経過 4. 家族の患者への対処の仕方とした。1セッションの時間配分は30分がビデオとテキストを使った医師による知識教育、60分はグループでの対処技能の教育とした。

外来治療について

患者の外来診察は、EEに関する情報を持たない精神科医が担当した。入院中に調整がなされた抗うつ薬を主体

とした薬物療法と適切な精神療法がすべての患者に行われた。

8人(56.7%)、女性29人(43.2%)であった。以下に介入群と非介入群総数(表2)、EE別介入群と非介入群との比較(表3)を示した。

結果

対象患者は67名で、内訳は男性3

表2

介入群と非介入群での患者特性と再発率および医療費

	介入群(n=7)	非介入群(n=29)
男性%	60.0%	54.0%
うつ病%	76.7%	78.4%
9ヶ月再発率	10.0%	45.9%
医療費9ヶ月分の平均値	112350円	183150円

気分障害の患者のうち、うつ病の患者の占める割合は介入群と非介入群の2群で有意な差はなかった。再発率は高EE群が有意に高かった。再発のリスク比は4.6であった。再発群の入院率は2群での差は有意ではなかった。

2群の医療費のコストの差は9ヶ月で70800円と約70000円であった。高EE群の患者の医療費は低EE群と比較して、約1.6倍の医療費が必要であった。

表3

EEタイプ別介入群と非介入群の再発転帰の比較

	介入あり		非介入	
	高EE群(n=6)	低EE群(n=24)	高EE群(n=9)	低EE群(n=28)
再発者数と率%	n=1 (16.7%)	n=2 (8.3%)	n=6 (66.7%)	n=11 (39.2%)